



Анкета-заявка на участие гражданина в проекте «Московское долголетие»

Сведения о заявителе: _____
(Ф.И.О)

Дата рождения _____

Адрес регистрации по месту жительства (по паспорту):

Улица _____

Дом ____ Строение _____ Корпус ____ Квартира _____

Адрес фактического проживания

(заполняется, если отличается от адреса регистрации по месту жительства):

Округ _____ Район _____

Улица _____

Дом ____ Строение _____ Корпус ____ Квартира _____

Контактные телефоны: _____

Направления активности:

- ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ
- ТРЕНИРОВКИ ДОЛГОЛЕТИЯ (лечебная физическая культура по назначению врача)
- ПЕНИЕ
- РИСОВАНИЕ
- ОБРАЗОВАНИЕ
- ТАНЦЫ
- ТВОРЧЕСТВО
- ИГРЫ
- СЕРЕБРЯНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Пол _____

Паспортные данные: серия _____ номер _____ дата выдачи _____

кем выдан _____

код подразделения _____

СНИЛС _____

СКМ _____

Адрес электронной почты (e-mail): _____

- Я согласен на обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» для включения в реестр участников проекта «Московское долголетие»
- Настоящим также подтверждаю свое согласие на получение мною информации об участии в проекте «Московское долголетие», а также о деятельности органов государственной власти города Москвы и подведомственных им организаций. Указанная информация может быть предоставлена мне с применением неголосовых коммуникаций (путем рассылки по сети подвижной радиотелефонной связи коротких текстовых sms-сообщений, рассылки ussd-сообщений и др.), посредством направления мне сведений по информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на предоставленные мною номер телефона и (или) адрес электронной почты.*.

_____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

«____» _____ 201_ г.
(дата заполнения заявки)

Дополнительные сведения анкеты-заявки

Услуга: _____

Ведомство: _____

Организация: _____

Группа обучения _____

ФИО преподавателя(врача) _____

Контактный телефон преподавателя (врача) _____

Расписание занятий _____

Дата начала занятий _____

ФИО ответственного лица _____

Контактный телефон ответственного лица _____

Иная информация _____

***Согласие на обработку персональных данных
и получение информации об этапе участия в проекте «Московское долголетие»**

Настоящим подтверждаю свое согласие на осуществление территориальными центрами социального обслуживания, Департаментом труда и социальной защиты населения города Москвы, Государственным бюджетным учреждением города Москвы «Многофункциональные центры предоставления государственных услуг города Москвы», медицинскими организациями государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающую первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях (поликлиниками), иными государственными учреждениями города Москвы, функции и полномочия учредителя которых осуществляются органами исполнительной власти города Москвы, обеспечивающими реализацию Проекта, следующих действий с моими персональными данными (персональными данными недееспособного лица - субъекта персональных данных (в случае если заявитель является законным представителем): их обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, распространение (в том числе передачу третьим лицам), предоставление (в том числе посредством использования электронной почты и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»), блокирование, уничтожение персональных данных), в том числе в автоматизированном режиме, в целях получения информации об этапе участия в проекте «Московское долголетие», о результате участия в проекте «Московское долголетие», внесения сведений в состав сведений Базового регистра информации, необходимой для предоставления государственных услуг в городе Москве, а также на их использование органами государственной власти города Москвы, подведомственными им организациями, в том числе в целях улучшения их деятельности.

Настоящее согласие не устанавливает предельных сроков обработки данных.

Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

Подпись _____ (_____)

(расшифровка подписи)

Дата _____